Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

1123

Vragen van het lid **Bruins Slot** (CDA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *budgetplafonds die de vrije artsenkeuze inperken* (Ingezonden 1 december 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 13 januari 2016) Zie ook Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2015–2016, nr. 1001

Vraag 1
Heeft u ervan kennisgenomen dat uit de contractvoorwaarden van zorgverzekeraars ten aanzien van zorgaanbieders voor 2016 blijkt dat er zelfs met de duurste zorgpolis geen garantie voor een arts naar eigen keuze is?[1]

Antwoord 1
Ik heb kennis genomen van het bedoelde artikel.

Vraag 2
Deelt u de mening dat het hanteren van omzetplafonds een beperking is van de vrije artsenkeuze? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 2
Het onderwerp budgetplafonds is aan de orde geweest tijdens het algemeen overleg «Kwaliteit Loont» op 10 december 2015. Uit hoofde van de zorgplicht van de zorgverzekeraar en ongeacht de polis moet de verzekerde altijd binnen redelijke termijn en op redelijke afstand zorg krijgen. Dat betekent dat als iemand ziekenhuiszorg nodig heeft de zorgverzekeraar die zorg moet regelen. Voor het invullen van de zorgplicht kopen verzekeraars selectief in waardoor enerzijds de verzekerden keuze hebben uit een voldoende breed aanbod en anderzijds de zorg duurzaam betaalbaar wordt gehouden. In een aantal gevallen komen de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder daarbij een omzetplafond overeen. Hierdoor kan de zorgverzekeraar onder meer bij verschillende zorgaanbieders zorg inkopen waardoor de keuzevrijheid van de verzekerde ruimer is dan wanneer een zorgverzekeraar alle zorg bij één of twee aanbieders zou inkopen. Ook bij het bereiken van een omzetplafond bij een bepaalde aanbieder geldt de zorgplicht van de zorgverzekeraar. De

[1] Telegraaf 21 november 2015, «Zorgverzekeraar fnuikt vrije keus» en Het Financieele Dagblad 26 november 2015, «Omzetplafond in zorg bedreigt keuzevrijheid patiënt».

ah-tk-20152016-1123
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2016

zorgplicht wordt dan ingevuld doordat de zorgverzekeraar de verzekerde naar een andere zorgaanbieder bemiddelt of door aanvullende afspraken te hebben gemaakt (doorleverplicht) dan wel te maken met de betreffende zorgaanbieder. In het geval van een restitutiepolis kunnen mensen hun eigen zorgaanbieder kiezen en moeten daar ook terecht kunnen ongeacht de onderliggende contracten. Ik heb de NZa gevraagd specifiek hierop toezicht te houden.

Vraag 3 en 9
Klopt het dat afspraken tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders over omzetplafonds geheim zijn? Zo ja, bent u dan van mening dat dit betekent dat verzekerden onvoldoende geïnformeerd zijn bij het kiezen van de zorgverzekeraar?
Bent u bereid zorgverzekeraars in het geval van een naturapolis te verplichten aan te geven met wie is gecontracteerd, per zorgsoort te vermelden of omzetplafonds gelden en de verzekerde te waarschuwen dat deze mogelijk niet terecht kan bij de behandelaar die zijn voorkeur heeft? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 3 en 9
Zorgverzekeraars zijn – conform de regelgeving van de NZa (Regeling TH/NR-004 Informatieverstrekking ziektekostenverzekeraars aan consumenten) – verplicht hun verzekerden goed te informeren over contractering bij zorgpolissen.
Deze regelgeving is onlangs aangescherpt; hierover heb ik u geïnformeerd in de voortgangsrapportages over «Kwaliteit loont». Zorgverzekeraars moeten op basis van deze regeling hun verzekerden informeren of er sprake is van omzetplafonds in de zorg indien deze afspraken mogelijk consequenties hebben voor de verzekerde (punt 15 van de regeling). De NZa houdt toezicht op de zorgverzekeraars op het naleven van deze transparantievereisten.

Vraag 4
Klopt het dat, als een zorgverzekeraar geld terug vraagt voor behandelingen die boven het omzetplafond hebben plaatsgevonden, daarbij niet standaard het eventueel betaalde eigen risico aan de verzekerde wordt teruggegeven? Zo ja, wat vindt u hiervan?

Antwoord 4
In het geschetste geval hebben een zorgverzekeraar en zorgaanbieder een omzetplafond met doorleverplicht afgesproken en wordt meer zorg afgenomen bij de zorgaanbieder dan waarvan bij het overeenkomen van het omzetplafond of aanneemsom is uitgegaan. In die situatie betaalt de verzekeraar alleen de contractueel overeengekomen behandelingen. De verzekeraar vraagt bijvoorbeeld achteraf de betalingen voor de behandelingen die uitgaan boven het omzetplafond, van de zorgaanbieder terug. In feite betekent dit dat voor dezelfde totaalprijs meer behandelingen worden verricht, waardoor gesteld kan worden dat de prijs per behandeling iets daalt.
Alle behandelingen -ook de behandelingen die uitgaan boven het omzetplafond- vallen onder de gemaakte afspraken tussen zorgverzekeraar en zorgaanbieder en betreffen daarmee Zvw-zorg. Voor Zvw-zorg, met uitzondering van bijvoorbeeld huisartsenzorg, verloskundige zorg en kraamzorg, geldt dat de kosten van die zorg bij verzekerden van 18 jaar en ouder ten laste worden gebracht van hun eigen risico. Daarom is het logisch dat in de in de vraag bedoelde situatie alle behandelingen ten laste van het eigen risico van verzekerden worden gebracht.
Het is aan verzekeraars zelf om te bepalen of zij bij overschrijding van het omzetplafond het eigen risico wel of niet corrigeren. In de meeste gevallen zal het niet leiden tot een lager eigen risico, omdat de lagere prijs per behandeling er niet toe leidt dat de kosten voor Zvw-zorg in dat jaar onder het maximum eigen risico zakt. In die gevallen waarbij wel bijstelling van het eigen risico zou kunnen plaatsvinden, gaat het veelal om hele kleine bedragen per verzekerde. De uitvoeringskosten voor zorgverzekeraars zijn zo hoog in verhouding tot bij de correctie aan verzekerden terug te betalen eigen-risicobedragen, dat de algehele kosten daardoor hoger zullen zijn. Een zorgverzekeraar kan daarom ook besluiten het eigen risico niet te corrigeren, maar de vrijgevallen middelen in te zetten voor premieverlaging (of het

minder stijgen van de premie) het jaar erop. Uitgangspunt voor mij is dat zorgverzekeraars geen voordeel behalen op de inning van het verplicht eigen risico.

Vraag 5
Deelt u de mening dat zorgverzekeraars met het hanteren van omzetplafonds de risico's verleggen naar de zorgaanbieder? Zo ja, deelt u voorts de mening dat dit principieel onjuist is, omdat zorgverzekeraars bestaansrecht ontlenen aan het dragen van deze risico's? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 5
Zorgverzekeraars en zorgaanbieders hebben de gezamenlijke verantwoordelijkheid de zorg in Nederland van een kwalitatief hoog niveau, duurzaam betaalbaar en toegankelijk te houden.
Het al dan niet afspreken van een omzetplafond is de uitkomst van onderhandelingen door twee private partijen, de zorgverzekeraar en de zorgaanbieder. Blijkbaar wordt dit als instrument gezien om aan deze doelstellingen invulling te geven. Ik treed daar niet in. Daarmee kan, afhankelijk van de uitkomst van de onderhandelingen, het risico bij de zorgaanbieder worden gelegd (doorleverplicht) dan wel bij zorgverzekeraar gegeven de zorgplicht (aanvullende afspraken).

Vraag 6
Klopt het dat bij het hanteren van omzetplafonds juist de beste zorgaanbieders per saldo minder patiënten kunnen behandelen, omdat zij vaak wel een hoger tarief aangeboden krijgen, maar geen hoger omzetplafond?

Antwoord 6
Het al dan niet afspreken van een omzetplafond en aanvullende afspraken over wat te doen als het plafond bereikt wordt maken onderdeel uit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Als ze gehanteerd worden, zullen omzetplafonds per zorgaanbieder en zorgverzekeraar verschillen, afhankelijk van het verwachte aantal behandelingen. Kwalitatief goede zorgaanbieders kunnen bijvoorbeeld hogere omzetplafonds krijgen.

Vraag 7
Deelt u de mening dat met een zuivere restitutiepolis te allen tijde aanspraak gemaakt mag worden bij de aanbieder van eigen keuze, en dat deze zorgaanbieder ook te allen tijde deze zorg vergoed moet krijgen van de zorgverzekeraar? Zo nee, waarom niet?

Antwoord 7
Er mag geen onduidelijkheid zijn over wat het aanbod voor een polis inhoudt. In zijn zuivere vorm kan men bij een restitutiepolis zelf kiezen voor een aanbieder, waarvoor de verzekerden een marktconform tarief vergoed krijgen voor de behandeling. Dat de vergoeding ook aan de verzekerde kan worden betaald, volgt uit artikel 11, eerste lid, van de Zorgverzekeringswet. Ik heb de NZa gevraagd er op toe te zien dat mensen met een restitutiepolis altijd terecht kunnen bij de aanbieder van hun keuze. De afspraken tussen zorgaanbieders en zorgverzekeraars staan hier dus los van.

Vraag 8
Bent u bereid te regelen dat de omzet die door een zorgaanbieder gerealiseerd wordt in het kader van de behandeling van een verzekerde met een restitutiepolis niet meetelt voor het omzetplafond? Zo nee, waarom niet? Zo ja, hoe gaat u dit regelen?

Antwoord 8
In het antwoord op vraag 5 is aangegeven dat zorgverzekeraars en zorgaanbieders de gezamenlijke verantwoordelijkheid hebben de zorg in Nederland van een kwalitatief hoog niveau, duurzaam betaalbaar en toegankelijk te houden. Het al dan niet afspreken van een omzetplafond maakt onderdeel uit van de onderhandelingen tussen zorgverzekeraars en zorgaanbieders. Het centraal vaststellen dat de kosten voor een behandeling van een verzekerde

die een restitutiepolis heeft niet meetellen voor omzetplafonds, maakt inbreuk op deze onderhandelingen en is derhalve ongewenst.